TABLEAU DE BORD D'ÉVALUATION DU SYSTÈME QUALITÉ DES PÔLES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : UN OUTIL PÉDAGOGIQUE

Marie Christine MOLL, médecin délégué à la qualité et à la gestion des risques CHU d'Angers
Frédérique DECAVEL, directeur des soins CHU d'Angers
Christine MERLET, ingénieur qualité CHU d'Angers

RÉSUMÉ

Tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé: un outil pédagogique

Depuis quelques années, les établissements de santé sont dans l'obligation de répondre à la certification et à la nécessité de mettre en place la nouvelle gouvernance. C'est avec l'accréditation version 2 (obtenue en 2005), l'élaboration du projet d'établissement (adopté en octobre 2006) et l'organisation en pôles depuis 2006 que le management par la qualité est devenu un axe prioritaire au Centre Hospitalier d'Angers. L'alignement stratégique sur la qualité conduit à faire évoluer le management hospitalier en particulier au niveau des pôles cliniques, médicotechniques et administratifs.
Les éléments du projet d'établissement dont le volet qualité risque et évaluation, ont vocation à être déclinés par chaque pôle au niveau du projet de pôle. Cette figure imposée aux responsables de pôles nécessite un accompagnement pratique et pédagogique permettant à la fois de réaliser un diagnostic de l'avancement de la démarche qualité du pôle, une mesure d'impact de l'imprégnation globale de la démarche qualité risques évaluation au sein de l'établissement et une comparaison entre pôle.
Un tableau de bord comportant huit axes avec des critères et un guide d'utilisation ont été conçus s'inspirant de la démarche de certification ISO 9001, du manuel EFQM et du manuel de certification version 2 de la Haute Autorité en Santé. Les critères sont reportés dans une grille EXCEL prête à l'emploi.
Parvenir à évaluer son système qualité, c'est démontrer la maturité d'une démarche qualité. Les résultats de cette évaluation ont confirmé ceux de la certification. Le tableau de bord est un outil de management structurant au service de l'équipe pluridisciplinaire. Deux considérations se dégagent de ces résultats. En premier lieu pour le top management, les axes à améliorer se détachent de manière prioritaires afin d'alimenter et de cibler les prochains plans d'actions annuels. Les résultats obtenus permettent aussi d'étayer l'auto évaluation pour la certification version 2010 prévue en janvier de cette même année. C'est un outil pragmatique qui permet à chaque pôle de s'auto évaluer mais aussi de se comparer en vue de mesurer sa performance. C'est un outil de pilotage stratégique, pour l'établissement, pour la cellule qualité et pour le pôle. Le tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé est un outil simple qui allie stratégie et performance pour une meilleure efficience des actions à entreprendre dans le champ de la qualité, de la gestion des risques et de l'évaluation au niveau des pôles, dans un établissement au service des usagers.

Mots clés : Management par la qualité, tableau de bord, qualité, risques, évaluation, projet de pôle, performance, système qualité, pilotage, indicateurs qualité, benchmarking.

ABSTRACT

A pole quality system dashboard for health care institutions, an educational tool

For a few years, health institutions have had to comply with the certification and the need to establish the new governance. Thanks to the accreditation version 2 (obtained in 2005), the elaboration of the hospital project (adopted in October, 2006) and the organization in poles since 2006, the quality oriented management became a priority axis at the University Hospital of Angers. The strategic adaptation to quality requirements leads to develop the hospital management, more especially at the level of the clinical, medico technical and administrative poles.
The elements of the hospital project including the part about the quality, risk and evaluation aim at being adapted by every pole according to the level of its project. This adaptation which is imposed to each pole manager requires a practical and educational accompaniment allowing at the same time to realize a diagnosis of the progress of the quality approach, a measure of the impact of the global impregnation within the institution and a comparison between pole.
A eight axis dashboard with criteria and a user guide were developed from certification ISO 9001, the EFQM manual and the certification manual version 2 of the Healthcare High Authorities. The criteria are transcribed in an EXCEL grid ready to use.
Succeeding in estimating your own quality system means that you demonstrate the maturity of the quality approach. The results of this evaluation confirmed those of the certification. The dashboard is a management structuring tool at the service of the multidisciplinary team. Two considerations emerge from these results : First of all, for the hospital top management, the axes to be improved emerge as a priority to determine and target the next annual action plans. The results also allow to support the auto evaluation for the certification version 2010 planned in January of the same year. It is a pragmatic tool which allows auto evaluation and comparison to estimate the pole performances. It is a strategic driving tool for the hospital, for the quality department and for the pole.
The pole quality system evaluation dashboard for Healthcare institutions is a simple tool which allies strategy and performance for a better efficiency of the actions to be taken to improve the quality, the risk management and the evaluation of the poles for a better service to the hospital users.

Mots clés : Quality Oriented Management, dashboard, quality, risk management, evaluation, project of pole, performance, quality system, driving, quality indicators, benchmarking.

TABLEAU DE BORD D'ÉVALUATION DU SYSTÈME QUALITÉ DES PÔLES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ : UN OUTIL PÉDAGOGIQUE

INTRODUCTION

Depuis quelques années, les établissements de santé se retrouvent sous le feu croisé de deux obligations: la survenue itérative de la certification et la nécessité d'appliquer les principes de la nouvelle gouvernance (1). L'établissement d'Angers, premier CHU à être accrédité en 2000, puis certifié en 2005 s'est engagé dans la structuration en pôles depuis 2006. Cette construction encadrée à la fois par la certification dans sa deuxième version en 2005 et la réalisation du nouveau projet d'établissement a rapidement nécessité la contractualisation des projets de pôle avec la direction. Le projet d'établissement qui prône le management par la qualité comporte de ce fait un grand volet qualité risques et évaluation. (QRE) décliné en 8 axes (2).

Les éléments du projet d'établissement devaient être repris et déclinés par chaque pôle, au sein du projet de pôle. Il en est de même pour le volet QRE. Cette figure imposée aux pôles s'est avérée complexe, puisque rapidement, certains responsables de pôle ont interpelé la direction afin d'obtenir "un mode d'emploi". Comment rédiger son projet de pôle et a fortiori le volet qualité? Une présentation a été réalisée devant les référents QRE des pôles exposant ce que devait être une démarche globale d'amélioration continue de la qualité incluant bien entendu la gestion des risques et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Cette présentation a été considérée comme théorique et technocratique, les responsables de pôle réclamant une approche plus pragmatique.

Un autre problème se posait aussi à l'établissement. Après une démarche de certification très favorable sur le versant management de la qualité, qu'en était-il objectivement de l'implantation de la démarche qualité? Les différents axes exposés dans le projet d'établissement étaient-ils connus et compris, étaient-ils mis en œuvre de manière homogène, quels étaient les pôles les plus avancés et quels axes devaient être soutenus?

A l'issue de tous ces constats, le meilleur mode de réponse nous a semblé être un outil pédagogique, d'utilisation simple et peu consommateur de temps (3). Ce dispositif devait permettre de réaliser à la fois un diagnostic de l'avancement de la démarche qualité de pôle en vue de la rédaction du projet QRE de pôle. Sa conception intégrait un complément de formation sur la démarche qualité, une comparaison entre pôles et enfin, une vision de l'imprégnation globale de la démarche QRE au sein-de l'établissement.

Matériel et méthode

Les éléments pédagogiques du tableau de bord.
Le projet QRE d'établissement comporte 8 axes qui ont vocation à être mis en œuvre au sein des pôles. Ils englobent les aspects d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation (dont l'EPP). Ces axes s'inspirent largement de la démarche de certification ISO 9001 (4) du manuel EFQM (5) et bien entendu du manuel de certification de la HAS (6). Le tableau de bord a donc été conçu autour de ces axes.

Encadré 1
Les 8 axes du projet QRE

AXE 1 Politique et objectifs qualité définis
AXE 2 Ecoute client
AXE 3 Approche processus
AXE 4 Formation démarche qualité taux de formés: médicaux et non médicaux
AXE 5 Maîtrise des documents
AXE 6 Évaluation
AXE 7 Actions correctives et préventives (gestion des risques et de la non qualité)
AXE 8 Mesure de l'efficacité du système de management

Un guide d'aide à la cotation est fourni. Il permet en premier lieu d'expliciter chaque axe en illustrant largement d'exemples concrets portant sur les modalités de réalisation de l'axe.

Cette explicitation a pour objectif de clarifier la terminologie qualité ou risque, souvent considérée comme jargonnant et aussi d'apporter à l'appui des explications, des exemples d'outils ou d'actions de mise en œuvre de l'axe.

Le guide comporte aussi la définition des critères et leur mode de cotation. Cette définition claire permet de lutter contre la variabilité d'interprétation des données générée par un grand nombre d'observateurs différents. Il a été présenté et expliqué à chacun des utilisateurs.

Les critères sont reportés dans une grille EXCEL prête à l'emploi. Pour chaque axe les critères sont listés et la cotation de chaque critère s'effectue sous forme de score dont le maximum est « 5 ».

Introduire un chiffre dans la colonne du score fait alors apparaître une couleur allant du vert (score de 5) pour très satisfaisant à rouge pour très insuffisant (score de 1 ou 0). Une série de colonnes permet de réaliser la mesure à des temps différents et donc de visualiser le progrès accompli simplement grâce à l'évolution de l'indicateur coloré.

Les critères sont cotés selon deux modalités, un seul critère doit être retenu. La note correspond au choix

Encadré 2
Illustration de l'axe "évaluation" du guide d'aide à la cotation

Définition
- il existe 3 types de modalités d'évaluation préconisés, utilisant 3 type d'outils
- les indicateurs mesurant la performance: il s'agit de mesurer périodiquement l'efficacité des activités (taux de césariennes, nombre d'entrées de patients, comparaison à un objectif quantifié)

Il existe des indicateurs:
- de structure (mesure les moyens et les ressources utilisés par un système de santé pour offrir la prestation de soins répondant aux objectifs),
- de processus (mesure les activités qui permettent d'atteindre les objectifs),
- de résultats (mesure l'atteinte de l'objectif que l'on s'est fixé),
- de satisfaction des clients (mesure le niveau de qualité telle qu'elle est perçue par le client),
- sentinelle (signale un évènement ou un phénomène particulier qui déclenche systématiquement une analyse approfondie des causes et une action corrective rapide. Il peut être de structure, de processus ou de résultat)
- l'évaluation des pratiques professionnelles: il s'agit de comparer son activité à des pratiques de référence en vue d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des patients,
- l'audit qualité interne: il s'agit d'une analyse à un moment donné de la conformité à une règle, une loi, une procédure, d'un référentiel de pratiques.

Ces outils permettent de mesurer le niveau de l'amélioration de la qualité

Elaboration des critères
Pour chaque axe, des critères ont été définis. Le choix de ces critères répond à un cahier des charges précis:
- les critères définissent ce qui est attendu pour l'axe considéré.
- les critères sont volontairement peu ambitieux de manière à valoriser ce qui a été déjà réalisé et à encourager le progrès.
- la cotation maximale correspond à ce qui est attendu au sein de l'établissement pour les années 2007/2009
- le libellé du critère est lui aussi pédagogique puisqu'il incite le pôle à la mise en œuvre de diverses actions.

Pour répondre aux critères, il n'est pas nécessaire de faire appel à des données chiffrées complexes. Il s'agit de données qualitatives, reposant sur une bonne connaissance des activités du pôle. Seul le taux d'agents formés à la démarche QRE est une valeur chiffrée qui peut être fournie par la direction des ressources humaines, la direction des affaires médicales ou la cellule qualité.

Encadré 3
Grille EXCEL pour les pôles

Axes	Critères	aide à la cotation	cotation								
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T2	T3	T4
AXE 3 Approche processus	Il n'existe pas de formalisation des processus	1	3	2	2	3	2	4	3	3	4
	Certains processus sont formalisés	2									
	il existe une stratégie d'identification des processus	3									
	il existe une stratégie d'identification des processus et il existe une cartographie des processus dans certains secteurs	4									
	il existe une cartographie des processus formalisée au niveau du pôle	5									
AXE 6 Evaluation	Il existe un indicateur de performance au niveau du pôle	moins de 2 critères = 0 2 crit=1 3 crit=2 4 crit=3 5 crit=4	1	1	2	1	1	1	1	1	4
	Il existe un plan d'audit inscrit dans le projet de pôle										
	Il existe au moins une réunion par an de pôle, définissant l'EPP										
	Les fiches projets institutionnelles sont utilisées pour au moins un projet d'évaluation										
	Il existe au moins un indicateur de suivi des médecins impliqués dans l'EPP au niveau du pôle										

Encadré 4
Exemple de note pour les critères de l'axe « maîtrise des documents »

- Il n'existe pas de gestion documentaire au niveau du pôle = 0 rouge
- Les documents sont rédigés sur des supports différents et/ou, indépendamment les uns des autres, et/ou sans modèle ou plan de rédaction.
- Quelques documents sont rédigés selon un modèle documentaire = 1 orange
- Un modèle documentaire existe ce modèle peut ne pas être celui de l'institution.
- Quelques documents sont rédigés en respectant au moins trois des règles de gestion documentaire (cités dans la définition) = 2 jaune
- Au moins un secteur du pôle rédige ses documents conformément aux règles de la gestion documentaire institutionnelle = 3 vert clair
- Les secteurs du pôle se sont tous inscrits dans la gestion documentaire conformément à la gestion documentaire institutionnelle = 4 vert foncé.

On entend par inscrit le fait que dans chaque secteur on trouve des documents respectant les 4 règles de gestion documentaire.

• Soit la note est déterminée par le nombre de critères satisfaits, il s'agit alors d'un score cumulé.

Score cumulé :
Moins de 2 critères = 0 rouge | 2 critères = 1 orange ; | 3 critères = 2 vert clair ;
4 critères = 3 jaune ; | 5 critères = 4 vert foncé

Modalités d'analyse des résultats

Chaque pôle envoie sa grille complétée à la structure qualité : l'ensemble des grilles EXCEL est compilé permettant une analyse de la performance de chaque pôle, inter pôles, par axe et inter axes.
Chaque pôle reçoit ensuite l'ensemble de ses résultats traduit sur des diagrammes en radar. Le pôle reçoit aussi les résultats anonymisés des autres pôles et la moyenne de l'établissement. Ces éléments permettent au pôle de réaliser une analyse comparative et donc de situer sa performance.
Les pôles peuvent aussi à leur guise reproduire la mesure et la suivre autant que de besoin. La présence du code couleur sur les grilles est un outil visuel qui permet de suivre rapidement et très facilement le progrès accompli entre deux mesures.
La direction générale propose une périodicité de recueil tous les 2 ans pour rendre plus sensible la mesure de l'impact des actions d'amélioration menées.

Ce relevé se justifie aussi en préambule à la rédaction ou l'actualisation du projet de pôle.

RÉSULTATS

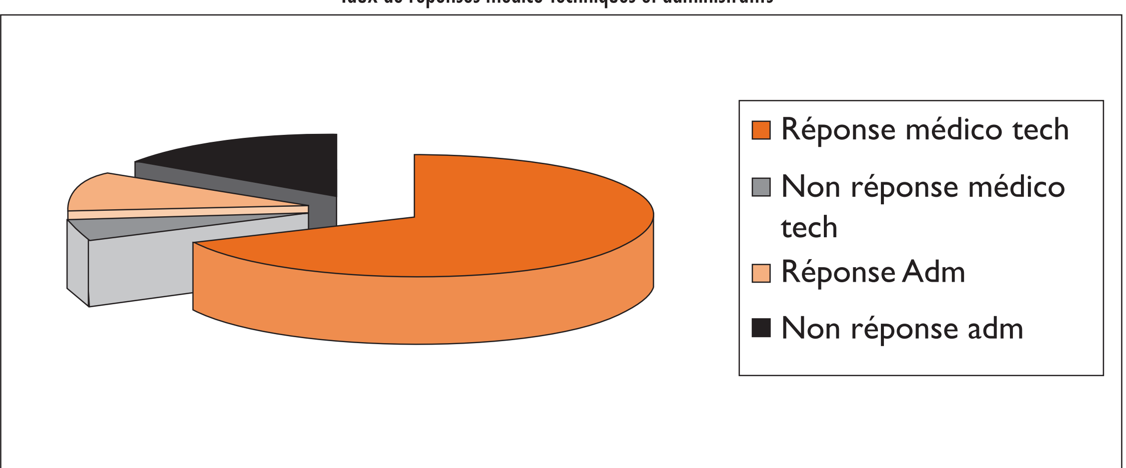
L'établissement est divisé en 14 pôles médicaux et médico-techniques et 5 pôles administratifs. L'ensemble des pôles a reçu le kit d'évaluation. (Guide méthodologique, grille EXCEL)

1- Evaluation du taux de réponse après l'envoi de l'outil

2- Résultats de l'évaluation du système QRE par axe et par pôle

Chaque lettre correspond à un pôle. Chaque pôle peut donc comparer sa performance par rapport aux autres pôles pour un axe défini.

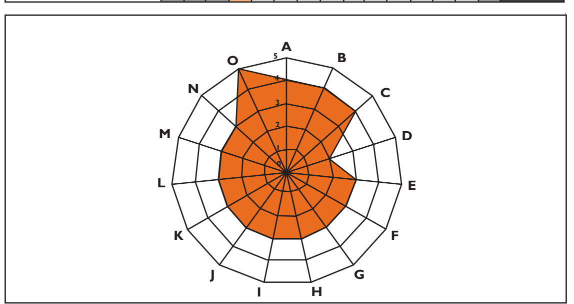
Encadré 5
Taux de réponses médico-techniques et administratifs



Graphiques 1 : Résultats par axe et par pôles

Axe 1 : Politique et objectifs qualité définis

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 1 Politique et objectifs qualité définis	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3,13

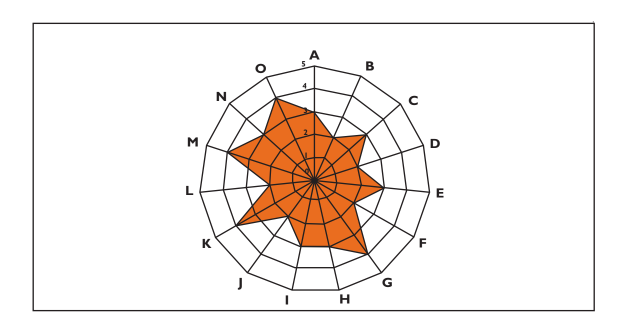


Axe 2 : Ecoute client

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 2 Politique et objectifs	2		1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	5	1,83

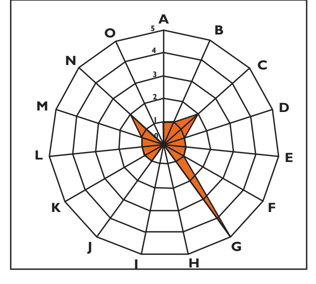
Axe 3 : Approche processus

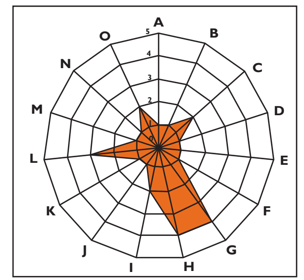
POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 3 Approche processus	3	2	3	2	3	2	4	3	3	2	4	2	4	3	4	2,94



Axe 4 : Formation démarche qualité

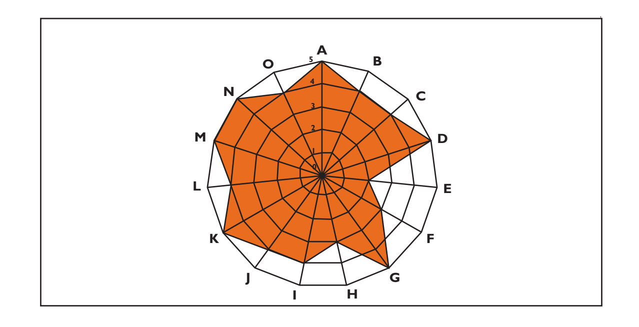
POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 4a Formation démarche qualités Taux de formés: médicaux	1	1	2	1	1	1	4		1	1	1	1	1	2		1,38
AXE 4b Formation démarche qualités Taux de formés: non médicaux	1	1	2	1	1	1	4	4	2	1	1	3	1	1	2	1,73





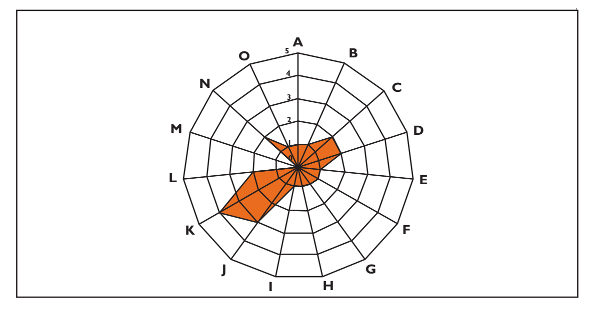
Axe 5 : Maîtrise des documents

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 5 Maîtrise des documents	5	4	4	5	2	3	5	3	4	4	5	4	5	5	4	4,19



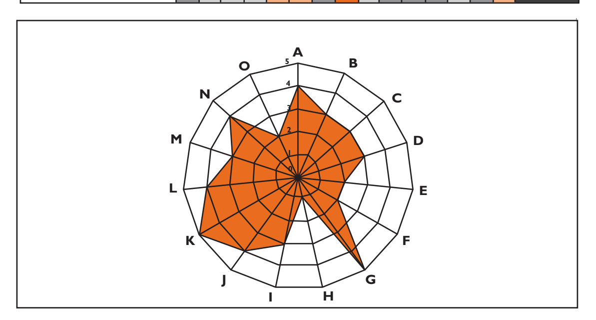
Axe 6 : Evaluation

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 6 Evaluation	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	4	2		2	1	1,93



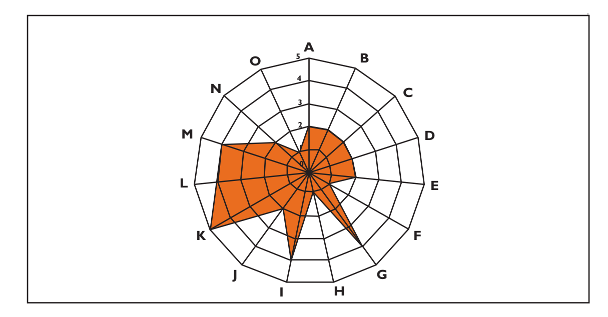
Axe 7 : Actions préventives et correctives

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 7 Actions correctives et préventives (gestion des risques et de la non qualité)	4	3	3	3	2	2	5	1	3	4	5	4	3	4	2	3,44



Axe 8 : Mesure de l'efficacité du système de management

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moyenne (sur 5)
AXE 8 Mesure de l'efficacité du système de management	2	2	2	2	2	1	4	1	4	2	5	4	4	2	1	2,88



3-Evaluation de l'impact de la démarche qualité au sein de l'établissement

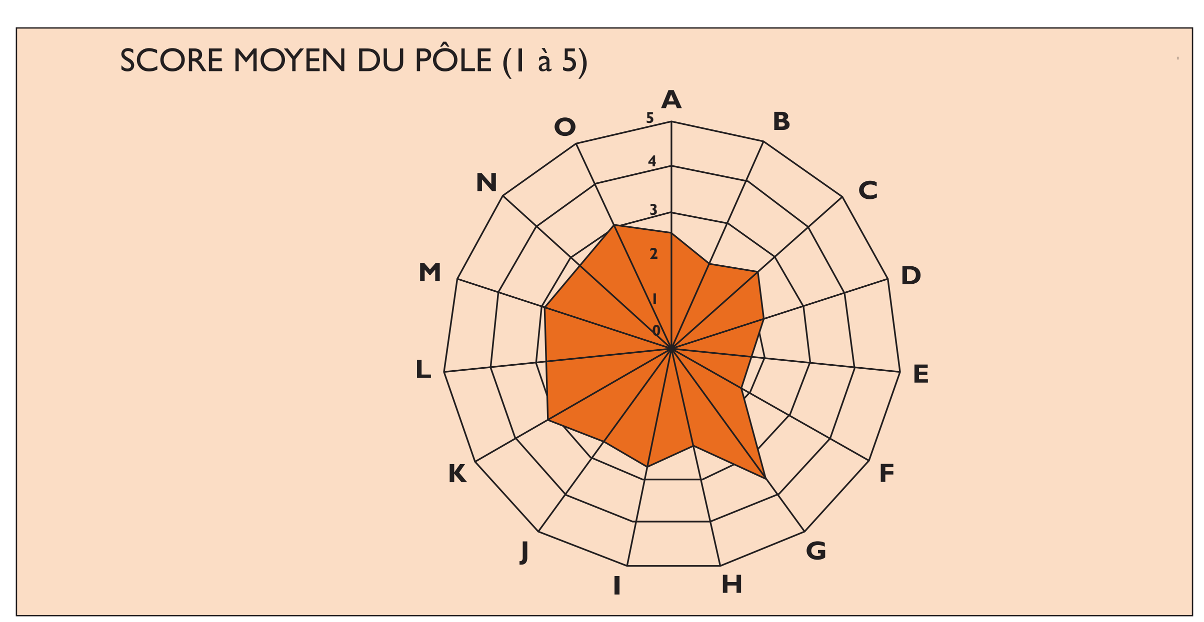
Chaque pôle dispose de sa performance globale et peut la comparer à l'ensemble de la performance des autres pôles. Le score total qui est l'addition des résultats des scores de chaque axe est ramené à un pourcentage de déploiement de la démarche.

Une moyenne est aussi calculée, chaque pôle peut donc aussi se comparer à la moyenne de l'établissement.

Les résultats sont aussi présentés en termes de performance de développement de chacun des axes QRE du projet d'établissement.
Enfin un bilan de l'intégration des axes QRE au projet de pôle est présenté. Ce résultat est calculé sur l'ensemble des pôles cliniques et médico-techniques ayant contractualisé avec la direction soit 10 sur 14 pôles. Les axes pris en compte sont ceux que le pôle souhaite développer. Les axes non pris en compte correspondent soit à des axes déjà bien développés soit au contraire à des axes sous estimés en terme d'intérêt pour le pôle ou non repérés par le management.

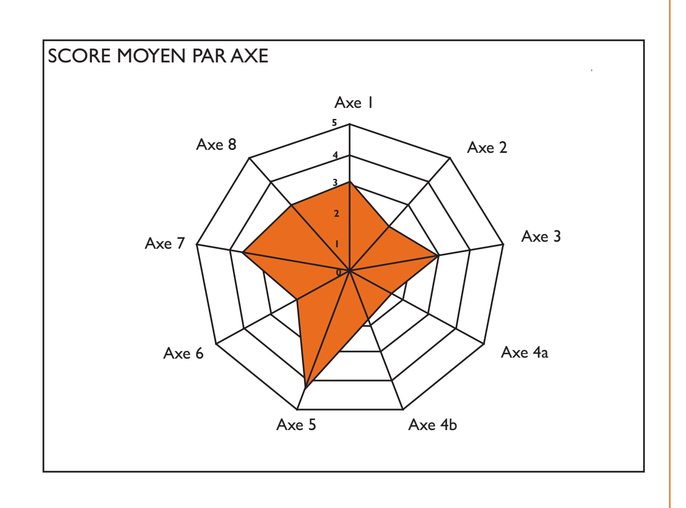
Graphique 2 : Performance du système QRE Comparaison entre les pôles

POLES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Moy
Score total du pôle (Score maximum = 45)	23	18	23	20	16	15	32	18	23	22	29	25	23	24	24	24,467
Score total du pôle ramené sur 100	51%	45%	51%	44%	36%	33%	71%	45%	51%	49%	64%	56%	58%	53%	60%	51%
Score moyen par pôle (sur échelle de 1 à 5)	2,56	2,25	2,56	2,22	1,78	1,67	3,56	2,25	2,56	2,44	3,22	2,78	2,88	2,67	3,00	2,86

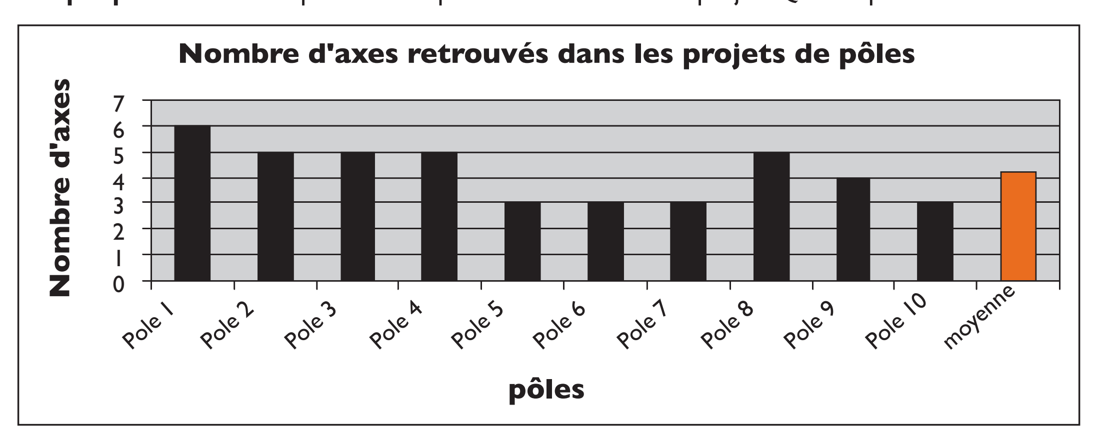


Graphique 3 : Performance d'établissement par axe

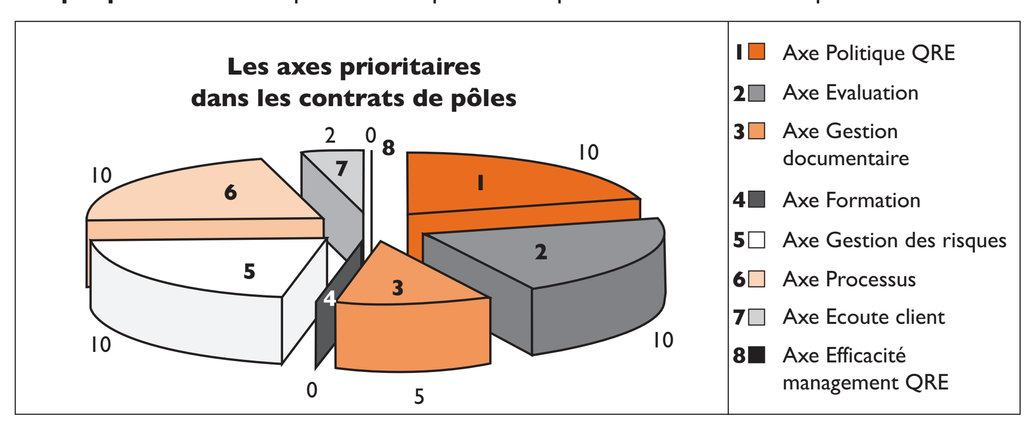
Axes POLES	Moyenne (sur 5)
AXE 1 Politique et objectifs qualité définis	3,13
AXE 2 Ecoute client	1,93
AXE 3 Approche processus	2,94
AXE 4a Formation démarche qualité Taux de formés : médicaux	1,38
AXE 4b Formation démarche qualité Taux de formés : non médicaux	1,73
AXE 5 Maîtrise des documents	4,19
AXE 6 Evaluation	1,93
AXE 7 Actions correctives et préventives (gestion des risques et de la non qualité)	3,44
AXE 8 Mesure de l'efficacité du système de management	2,88



Graphique 4 : Niveau de prise en compte des axes au sein des projets QRE de pôle.



Graphique 5 : les axes le plus souvent pris en compte dans les contrats de pôle.



DISCUSSION

Après une certification d'établissement très honorable en terme de management de la qualité, une question restait néanmoins en suspend, celle de la réelle implantation de la démarche qualité au sein de l'établissement. Une perception intuitive de ce développement n'était pas suffisante. Il fallait disposer d'un outil à la fois, quantitatif pour une vision objective de la situation et, qualitatif pour permettre d'identifier les axes de progrès. La contrainte était celle de ne pas générer de rejet par un outil trop lourd à manipuler par les professionnels des pôles. L'outil développé est donc simple, intuitif, pédagogique, pragmatique et peu consommateur de temps. Le taux de réponse spontané des pôles médicaux et médicotechniques en est la meilleure preuve. Les avis recueillis auprès des référents médecins et cadres supérieurs de santé de pôles nous ont confortés dans cette analyse.

Les premiers projets de pôles en cours de contractualisation avec la direction montrent la présence d'un ou de plusieurs axes intégrés (7). Tous les référents nous ont dit avoir été véritablement éclairés par le guide d'accompagnement grâce aux illustrations concrètes portant sur les différents axes. Cela a donc contribué à une meilleure compréhension de certains éléments de la démarche qualité mais aussi, pour certains référents, à une meilleure connaissance de leur pôle en structurant le management par la qualité (8).

L'outil a bien été une opportunité de discussion pour le management du pôle. La majorité des pôles a utilisé la structure du tableau de bord qui a véritablement contribué à guider la rédaction des volets qualités des projets QRE et à dynamiser le management. Il s'agit bien d'un outil de management au service d'une équipe pluridisciplinaire (9).

La mise en place de ce tableau de bord a permis de réfléchir sur la manière de concilier plusieurs objectifs: passer d'actions individuelles à des actions collectives de la démarche qualité en lien avec gouvernance et réalisation des projets de pôles, sans que cela relève d'une exigence insupportable pour les professionnels. A ce jour certains pôles n'ont pas encore répondu. Quelle peut en être la raison?

Le pôle médico-technique non répondant rencontrait de graves problèmes de management, une grande instabilité des professionnels responsables (renouvellement, départs en retraite). ce qui pouvait expliquer la difficulté à se retrouver autour de la qualité; le renseignement du tableau de bord était alors un sujet moins prioritaire. Plus intéressant à analyser est la participation modérée des pôles administratifs. Certains de ces pôles ont trouvé l'outil peu adapté à leur activité, si l'on considère par exemple l'item EPP. L'outil a fait l'objet depuis, d'une adaptation. Par contre, cela ne peut se justifier si l'on considère que certains pôles ne comprenaient pas en quoi par exemple pouvait consister "l'écoute clients". Les pôles administratifs n'auraient-ils pas de "Clients"? La différence observée entre les pôles cliniques et administratifs viendrait-elle du fait que, finalement, les activités cliniques ont à ce jour mieux intégré la nécessité d'une démarche qualité et son mode d'emploi? Cela étant, une deuxième version a été réalisée intégrant dans le guide des exemples spécifiquement administratifs mais sans qu'il soit nécessaire de modifier les axes qui sont, bien entendu, applicables à tous les secteurs d'activité de l'établissement.

Qu'en est-il finalement de l'imprégnation de la démarche qualité au sein des pôles aujourd'hui? Le résultat montre clairement que les conclusions de la certification, concernant le management qualité, étaient finalement assez réalistes. Un établissement qui admet évaluer son système qualité a manifestement franchi une étape décisive en la matière, celle d'avoir une vraie politique qualité évaluée avec le souci d'en améliorer les résultats (10). Cette dynamique passe par le concours des professionnels de terrain et permet de déduire que cette politique est partagée par le plus grand nombre. C'est bien là le reflet d'une certaine maturité de la démarche d'amélioration continue de la qualité et du succès de son management.

Pour autant des progrès restent à faire et l'outil a mis en évidence des axes d'amélioration inattendus. Par exemple l'établissement, de manière formelle, écoute peu ses clients. En dehors du patient, client clairement identifié par l'ensemble des professionnels de l'hôpital, les autres relations "clients fournisseurs" ne le sont que très inégalement.

Certains axes tels ceux de l'évaluation, de la formation ou de la gestion des risques mériteront toute notre attention pour leur développement même si, bien sûr, ces thèmes sont nouveaux et qu'il existe actuellement une réelle dynamique (en particulier en ce qui concerne la gestion des risques et l'EPP). La mesure de départ que nous avons réalisée, nous permettra de quantifier le progrès accompli au regard des efforts déployés.

Le diagnostic ainsi réalisé permet aussi de calibrer toutes les ressources nécessaires à la progression de certains axes (formation, compétences, outils...)

Enfin des points forts se dégagent et confirment l'antériorité de l'implantation de la démarche qualité comme le montre par exemple, les axes gestion documentaire ou processus.

Concernant l'utilisation de l'outil, la périodicité du recueil des données semble intéressante tous les deux ans. Un délai plus court ne permettrait pas de mesurer

de manière sensible les progrès accomplis et alourdirait inutilement la démarche pour les professionnels. Deux considérations se dégagent de ces résultats. En premier lieu pour l'équipe qualité, les axes à améliorer se détachent de manière prioritaire afin d'alimenter et de cibler les prochains plans d'action annuels. Les résultats obtenus permettent aussi d'étayer l'auto évaluation pour la certification version 2010 prévue en janvier de cette même année.

Pour les pôles, c'est un outil qui permet la visualisation pragmatique du déploiement de la démarche qualité au sein de chaque pôle. Il autorise la réalisation du benchmarking et favorise la comparaison entre pôles ou secteurs d'activité en vue d'améliorer la performance. Cette démarche, même si elle est encore récente à l'hôpital, dynamise les équipes. Le pôle peut ainsi être le promoteur de sa propre dynamique managériale dans le pilotage de sa politique qualité et plus largement dans la gouvernance du pôle. C'est finalement réaliser l'intégration des démarches qualité dans le management au quotidien du pôle en cohérence avec le projet d'établissement, c'est-à-dire mettre en œuvre le management par la qualité.

C'est un outil de pilotage pour le pôle, pour la cellule qualité mais aussi pour la direction générale et toutes les parties prenantes du top management. En effet, ce type d'outil oriente vers la performance hospitalière en entrainant le plus grand nombre de professionnels dans son sillage.

CONCLUSION

Les gestionnaires de la qualité et des risques sont souvent à la recherche d'outils synthétiques et simples pour objectiver l'efficacité des actions entreprises au sein d'un établissement. Ces démarches passent par des outils qui ne sont souvent utiles qu'à une population spécifique. Ce sont soit des outils utiles au management soit aux opérationnels. L'intérêt de l'outil présenté au sein de cet article c'est qu'il allie les caractéristiques d'un outil pédagogique utilisable par les acteurs de terrain et les capacités d'un outil de management. Il peut aussi bien être utilisé à l'échelle d'un pôle qu'à l'échelle d'un établissement ou d'un service. C'est donc un outil utile au plus grand nombre. On peut donc penser qu'il pourrait devenir un outil générique pour l'évaluation du système qualité. Il reste malgré tout à le tester sur une plus grande variété d'établissements de toutes tailles et de tous statuts. Cette perspective est envisagée dans le cadre du réseau AQuARES 49, réseau qualité regroupant 35 des établissements de santé publics et privés du Maine et Loire.

Afin de garder à cet outil ses qualités pédagogiques et sa capacité à induire une dynamique, les critères seront périodiquement revus et cela permettra de faire évoluer le niveau d'exigence à atteindre.

Enfin cet outil n'aura véritablement démontré son efficacité que si un progrès est observé lors de la deuxième mesure envisagée en préambule de la certification en version 2010, soit deux ans après le premier relevé, un progrès est observé.

Engager un établissement dans une mesure d'impact de ses démarches qualités témoigne d'une certaine maturité professionnelle. Utiliser ce type d'outil permet de donner du sens à la démarche qualité et laisse présager de perspectives significatives en termes de performance.

BIBLIOGRAPHIE

1/ DUPUY O., 2007. La nouvelle organisation hospitalière, l'organisation en pôles d'activité, Editions Heures de France

2/ MOLL M. C., 2005. Analyse de risques intrinsèques liés à la conception et à la mise en œuvre d'un projet d'évaluation des pratiques professionnelles au CHU d'Angers, mémoire de Thèse professionnelle : Ecole Centrale Paris.

3/ DECAVEL F., 2006 Le management par la qualité, les établissements de soins sont-ils prêts. Mémoire Master 2 ILIS. Lilles.

4/ Référence norme ISO 9004 : 2000 qui définit les 8 principes fondateurs du management par la qualité.

5/ Révérenciel EFQM.

6/ Manuel de certification des établissements de santé version 2007.

7/ FROMAN B., GEY J-M. BONNIFET F., 2005. 100 questions pour comprendre le management intégré, Editions AFNOR.

8/ GILLET J-P., GONZALEZ J-P, JEANDEL P. JANDEL P., Janvier 2005. Le management par la qualité : une volonté institutionnelle, gestion hospitalière n° 442, cahier 188, 72-74.

9/ MANGAIN A., DUFOUR B., 2002. Approches didactiques de l'interdisciplinarité, Editions DeBoeck Université.

10/ LETEURTRE H., MALLEA P., 2005. Performance et gouvernance hospitalière, Editions Berger-Levrault.